Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Universität
zu Breslau
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küttner)

# Über die gemeinschaftliche Resektion von Magen und Querdickdarm

## Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Walter Theodor

approb. Arzt

Breslau 1920

Druck von Th. Schatzky G. m. b. H., Breslau III, Neue Graupenstr. 5

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms - Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geheimrat Küttner.

Beim Sitz des Magenkarcinoms an der großen Kurvatur breitet sich die karcinomatöse Infiltration vorzugsweise in der Richtung der Lymphoglandulae gastricae inf. und pankreatico-lienales aus. Dabei kommt es einfach infolge der topographischen Verhältnisse gelegentlich zum Hineinwachsen des Tumors ins Netz, ins Mesokolon und das Kolon transv. Im letzten Falle kann es durch folgenden ulcerösen Zerfall zu einer Magen-Kolonfistel kommen.

Dieser Typ des Magenkarcinoms zeigt den gewöhnlichen Magenkarcinomen gegenüber bis zu einem gewissen Grade ein besonderes pathologisches Verhalten. Es ist insofern relativ gutartig, als es weniger die Magenwand infiltrierend wächst, sondern vielmehr die Tendenz zur Tiefenentwicklung hat. Den Grund hierfür sehen Anschütz und Konjetzny in der geringen Ausbildung des Lymphgefäßnetzes an der großen Kurvatur, oder in seiner besonderen Anordnung.

Die Häufigkeit dieses Befundes ist nach den Zusammenstellungen von Anschütz und Konjetzny: Ca der großen Kurvatur 0,6—2,8 %, Ca am Pylorus und der großen Kurvatur 0,8—11,2 %. Hat der Tumor aufs Mesokolon übergegriffen und wird daher bei der Operation die Excision von Teilen des Mesokolons notwendig, so entsteht durch die Wegnahme von Gefäßen, die durch diesen Teil des Mesokolons zum Dickdarm gehen, die Gefahr einer Kolongangrän. Die Gefahr ist um so größer, weil es sich dabei fast immer um die Art. col. media oder größere Äste von ihr handelt.

Ein sicheres Mittel zur Entscheidung, ob nach Abbindung der betreffenden Gefäße eine Kolongangrän droht oder nicht, gibt es nicht. Bei blauer Verfärbung des Darmes und Aufhören der arteriellen Pulsation muß das Darmstück als verloren gelten. Das Zeichen ist aber unsicher, ebenso bietet das Fortbestehen der Peristaltik keine sichere Gewähr für die Lebensfähigkeit. Zwei Fälle, wo beim ersten trotz bläulicher Verfärbung der Dickdarm nach der Vorlagerung gut ernährt blieb und umgekehrt beim zweiten es trotz intaktem Aussehens des Transv. nachher zur Gangrän kam, beleuchten die Schwierigkeit der Frage. In Hinsicht auf diese Sachlage wäre es ein Fortschritt, wenn sich die Angaben von Hedri bestätigen würden, daß nach Exstirpation einer Appendix epiploica das arterielle Bluten des Stumpfes eine sichere Entscheidung über die Lebensfähigkeit des betreffenden Darmabschnittes gestattet.

Mit Rücksicht auf diese Unsicherheit der Beurteilung schlug Perthes als typische Operation vor, immer einzeitig vorzugehen und erst das Kolon und dann den Magen zu resezieren. Das sei einfacher als umgekehrt und gewähre eine gute Einsichtsmöglichkeit in das Operationsfeld und damit eine bessere Angreifbarkeit hinsichtlich der drüsigen Ausbreitung des Ca. Demgegenüber halten Bier und Weil am individuellen Verhalten fest.

Wie viel vom Kolon transv. reseziert werden muß, hängt neben der Ausdehnung des karcinomatösen Übergreifens von der Gefäßversorgung ab. Besonders die Flexura hepatica stellt nach der Unterbindung der colica media eine schlecht von Blut versorgte Stelle dar, sodaß hier Randgangrän und damit Aufgehen der Bürzelnaht droht. Daher hatte von Haberer die Wegnahme des ganzen Kolon asc. empfohlen. Da aber damit der Eingriff gewaltig wird, ist er wieder zum individuellen Verhalten zurückgekehrt. Pulsieren die Arterien an der Absetzungsstelle des Transv. gegen das Asc. gut, so kann man es erhalten, oder bei leidlicher Ausbildung der Colica dextra mit teilweiser Resektion des Asc. auskommen.

In der speziellen Frage der Dickdarmresektion und Vereinigung der beiden Dickdarmenden hängt das Verhalten von der Vorliebe des einzelnen Operateurs für eine Methode und vom Stande der operativen Technik ab. Bier empfiehlt die ringförmige Vereinigung durch Lembertnähte. Küttner (und mit ihm Weil) bevorzugen das zweizeitige Verfahren nach v. Mikulicz. Sicherlich besteht die Tendenz, das zweizeitige Vorgehen durch einzeitiges Operieren zu ersetzen. Es kürzt den Krankheitsverlauf außerordentlich ab, mag auch das erste Verfahren einfacher und schonender sein und dabei die Gefahr einer Nahtinsuffiziens infolge Ernährungsstörungen an den Kolonenden wegfallen.

Die Indikation zum Eingreifen überhaupt und zum speziellen Vorgehen bei der Operation ist streng individuell zu stellen. Eine unbedingte Indikation sehen wir bei den Fällen von Magen-Kolonfistel, wo es sich darum handelt, den Patienten von dem qualvollen Zustande zu befreien.

Die Operationsmortalität ist sehr groß. Es starben bei Perthes von 4 Fällen 1, bei Weil von 14 Fällen 8, bei v. Haberer von 6 Fällen 5, bei Matti von 6 Fällen 1 und von den unten neu mitgeteilten Fällen aus der Breslauer Klinik von 5 Fällen 4.

Darf dabei die Bedeutung der sich summierenden Gefahren insofern nicht übersehen werden, als es sich um einen außerordentlich großen Eingriff handelt, der dabei noch oft an sehr herabgekommenen Patienten vorgenommen werden muß, so zeigen doch die Sektionen, daß die Hauptursache auf technischem Gebiete liegt. Es starben an Peritonitis postoperativa (ausgehend von einer Darmgangrän oder einer Nahtinsuffiziens) bei Makkas von 5 Todesfällen 2, bei v. Haberer von 5 Todesfällen 3, bei Matti von 1 Todesfall 1, bei den unten mitgeteilten Fällen von 4 Todesfällen 3. v. Haberer übt in diesem Sinne eine Selbstkritik an seinen Fällen.

Nach erfolgreicher Operation ist die Prognose hinsichtlich Recidiv und Lebensdauer nicht schlechter als bei dem einfachen Magenca. Das zeigt eine Gegenüberstellung des Schicksals dieser Fälle mit den Resultaten der Magenca-Resektion nach der Weilschen Statistik. „Daher sollte sich der Chirurg durch die große Mortalität der Operation nicht von der Exstirpation der ins Mesokolon gewachsenen Magenca abschrecken lassen, wenn sie nicht aus anderen Gründen inoperabel sind.“ (Bier).

---

## Krankengeschichten.

**Fall 1.** Kurt W. Operation am 27. 7. 14. Metastische Drüsen im Mesokolon. Im Querkolon 2 karcinomatöse Wülste. Magenresektion. Hintere G. E. mit Knopf. Kolonresektion mit folgender seitlicher Anastomose.

26. 7. Exitus. Sektion: diffuse Peritonitis von der Knopfanastomose ausgehend.

**Fall 2.** Hermann K. Operation am 5. 7. 18. Stinkender Abceß zwischen Magenunterfläche und Leber. Magen am Pylorus perforiert. Tumor mit Mesokolon verwachsen. Kolica media kann nicht isoliert werden. Keine Metastasen, daher Resektion beschlossen.

Col. media unterbunden. Eine Anzahl Drüsen werden entfernt. Die Öffnung im Tumor wird während der Operation zugehalten. Magenresektion und G. E. mit Knopf sehr schwierig. Neben dem Knopf tritt Mageninhalt in die Bauchhöhle. Kolon transv. wird vorgelagert.

6. 7. Exitus. Sektion: Peritoneum und alle Nähte sehen einwandfrei aus. Zahlreiche Lebermetastasen. Karcinomatöse Drüsen im Pankreas. Unterlappen-Pneumonie rechts.

**Fall 3.** Karl G. Fäkulentes Erbrechen. Röntgendurchleuchtung: von der großen Kurv. geht ein schmaler Fortsatz nach links und seitwärts. Man sieht, wie der Brei teilweise ins Kolon wandert.

Operation am 26. 6. 19. Großer, harter Tumor von Magen und Kolon transv., mit breiter Infiltration des Mesokolon. Der Tumor ist beweglich. Kleinste Serosaknoten bis 4 Querfinger unterhalb der Cardia.

Magenresektion. G. E. Kolonresektion und seitliche Anastomose. Operation ohne Zwischenfälle.

29. 6. 11. Exitus. unter den Erscheinungen einer Peritonitis. Sektion: Ausgangspunkt der Peritonitis ist das l. Blindende des Kolon.

**Fall 4.** Wilhelm B. Operation am 1. 11. 19. Apfelgroßer Tumor der großen Kurvatur, der ins Mesokolon hingewachsen ist. Letzteres stark geschrumpft, sodaß das Querkolon dicht am Tumor liegt. Da der Tumor beweglich, Resektion beschlossen. Magenresektion. Knopfanastomose. Verschluß der Kolonenden angefangen, aber wegen schlechten Zustandes des Pat. abgebrochen. Vorlagerung nach Bildung einer Doppelflinte.

Nach anfänglich gutem Verlauf am 11. 11. Exitus. Sektion: allgemeine, schon mehrere Tage alte Peritonitis. Undichtigkeit der Naht des oralen Magenendes an einer Stelle. Sonst Nähte intakt.

**Fall 5.** Klara Sch. Operation am 5. 11. 19. Karcinomknoten am Magen, nahe dem Pylorus, offenbar von der großen Kurv. ausgehend. Tumor geht auf das Kolon transv. über. Mesokolon genabelt. Verwachsungen mit Pankreas.

Art. und Vena col. med. können geschont werden. Magenresektion. Grad-zur-Seit-Anastomose nach Polya-Reichelt. Das Kolon ist bläulich verfärbt und wird wegen Gangränverdächtigkeit vorgelagert.

6. 11. Kolon nicht nekrotisch.
9. 11. Vorgelagertes Kolon transv. abgetragen.
10. 11. Eitrige Parotitis, incidiert.
26. 11. Erysipel des Gesichts.
13. 12. Spornquetsche angelegt.
3. 2. 20. Schluß des Anus präternaturalis.
20. 2. 20. Als geheilt entlassen.
Am 27. 4. 20. stellt sich die Patientin mit einem Tumor im Leibe wieder vor.